

CONDITIONS GENERALES DE L'ASSURANCE Free Income
--

Qu'entend-on par ?

Compagnie : Axa Belgium, S.A. d'Assurances agréée sous le n° 0039 (A.R. 04-07-1979, M.B. 14-07-1979), Siège social : Boulevard du Souverain 25 – B-1170 Bruxelles – Tél : (02) 678 61 11 – Fax : (02) 678 93 40 – Internet : www.axa.be – N° BCE : TVA BE 0404 483 367 RPM Bruxelles.

Preneur d'assurance : la personne physique ou morale qui conclut le contrat avec la compagnie.

Assuré : la personne physique, désignée en conditions particulières, sur la tête de laquelle repose le risque de survenance d'une diminution ou perte de la capacité de travail consécutive à une maladie ou un accident.

Bénéficiaire : la personne en faveur de laquelle est stipulée la rente prévue aux conditions particulières.

Accident : un événement soudain entraînant une lésion corporelle et dont la cause ou l'une des causes est extérieure à l'organisme de la victime.

Accident de la vie privée : un accident non visé par la loi du 10/04/1971 sur les accidents de travail.

Maladie : une altération de la santé d'origine non-accidentelle et présentant des symptômes objectifs.

Invalidité économique : une diminution ou perte de la capacité de travail résultant d'une diminution de l'intégrité corporelle de l'assuré, appelée invalidité physiologique

Date du sinistre : la date à partir de laquelle, sur la base des degrés d'invalidité déterminés par les médecins, le degré d'invalidité économique, tel que défini à l'article 2 des conditions générales, atteint au moins le niveau mentionné à l'article 3 des conditions générales.

Délai de carence : la période, fixée aux conditions particulières, durant laquelle aucune prestation n'est due par la compagnie. Le délai de carence prend effet à la date du sinistre. Dès que l'assuré a atteint 60 ans, le délai de carence est porté à 6 mois pour les invalidités survenues suite à une maladie et est maintenu inchangé pour les invalidités survenues suite à un accident.

Rechute : toute nouvelle invalidité qui survient endéans les trois mois suivant la fin de la prise en charge d'une invalidité couverte par la présente assurance et causée par la même maladie ou le même accident.

Article 1

QUEL EST L'OBJET DU CONTRAT ?

En cas d'invalidité économique de l'assuré, la compagnie verse au bénéficiaire, au titre d'indemnité, une rente dont le montant est déterminé comme décrit à l'article 4.

La rente est payable par fractions mensuelles, à terme échu, la première fois par un prorata initial au plus tôt le dernier jour du mois de l'ouverture du droit aux prestations et pour la dernière fois par un prorata final au moment où le droit aux prestations cesse. Le montant mensuel correspond à un douzième du montant annuel et chaque mois est supposé compter 30 jours.

De même, la compagnie rembourse au preneur d'assurance, pendant la durée d'invalidité et proportionnellement à son degré, la prime fixée aux conditions particulières. Le remboursement s'effectue suivant les mêmes modalités que celles applicables pour la rente susmentionnée.

Suivant les clauses prévues aux conditions particulières, la compagnie intervient en cas d'invalidité de l'assuré consécutive à :

- une maladie
- une maladie ou un accident
- une maladie ou un accident de la vie privée.

Article 2

COMMENT EST FIXE LE DEGRE DE L'INVALIDITE ECONOMIQUE?

Le degré de d'invalidité économique est fixé proportionnellement à la perte, évaluée aux dires des médecins, de l'aptitude physique de l'assuré à exercer une activité professionnelle quelconque qui soit compatible avec ses connaissances, ses capacités et sa position sociale. Il n'est tenu compte d'aucun autre critère économique. Dans l'hypothèse où le degré d'invalidité physiologique - déterminé par décision médicale, par référence au Barème Officiel Belge des Invalidités (B.O.B.I.), indépendamment de toute décision de la Sécurité Sociale - serait supérieur au degré d'invalidité économique défini ci-dessus, ce dernier serait considéré comme étant égal au degré d'invalidité physiologique pour déterminer le droit aux prestations et le pourcentage d'indemnisation. Ceci ne modifie en rien le fait que cette assurance indemnise ou est censée indemniser exclusivement une perte de capacité de travail subie par l'assuré.

Les invalidités préexistantes à la date de prise en cours du contrat, ainsi que toute aggravation de telles invalidités, ne peuvent intervenir pour la détermination du degré d'invalidité économique. Il en va de même pour le pourcentage d'invalidité imputable à un risque non couvert.

Article 3

QUAND DEBUTE ET PREND FIN LE DROIT AUX PRESTATIONS ?

1. Le droit aux prestations s'ouvre lorsque les conditions suivantes sont toutes réunies :
 - le degré d'invalidité économique de l'assuré est d'au minimum 25%. Ce pourcentage est de 67% si le contrat ne couvre que l'invalidité totale ;
 - le délai de carence dont la durée est fixée aux conditions particulières est arrivé à son terme. En cas de rechute, le délai de carence n'est pas appliqué et la rente annuelle prise en considération pour le calcul des prestations est celle prévue par le contrat à la date de la rechute.
2. Le droit aux prestations cesse dans les éventualités suivantes :
 - lorsque le degré d'invalidité économique devient inférieur à 25%. Ce pourcentage est de 67% si le contrat ne couvre que l'invalidité totale ;
 - au décès de l'assuré ;
 - au terme du contrat prévu aux conditions particulières ;
 - en cas de résiliation du contrat par le preneur d'assurance ;
 - si l'assuré arrête son traitement délibérément et contre avis médical ;
 - après 3 années d'intervention (pendant toute la durée du contrat) pour les invalidités étant la suite directe d'une affection psychique. Néanmoins la période de 3 ans sera prolongée si l'assuré a été admis dans un établissement psychiatrique ou assimilé.

Article 4

QUEL EST LE MONTANT DES PRESTATIONS ?

Le montant de base pris en considération pour déterminer le montant annuel de la rente à verser correspond au montant fixé par le contrat à la date du sinistre.

Le montant annuel de la rente versée est déterminé en appliquant à cette rente de base un pourcentage d'indemnisation égal au degré d'invalidité économique tel qu'il est défini à l'article 2. Lorsque ce degré d'invalidité économique atteint au moins 67 %, l'invalidité est considérée comme totale ; le pourcentage d'indemnisation est alors égal à 100 %.

Sauf convention contraire, le résultat obtenu ne peut excéder, en base annuelle, 90 % du revenu annuel professionnel brut de l'assuré, du dernier exercice qui précède la date du sinistre et ce, quel que soit le degré d'invalidité économique. Cette limite d'intervention n'est toutefois pas d'application lorsque la rente annuelle de base est inférieure ou égale à 12.500 EUR.

Article 5

INCONTESTABILITE

Toute omission ou inexactitude - intentionnelle ou non - dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré engendrera les sanctions prévues par la législation applicable en cette matière.

Dès qu'un délai de deux ans s'est écoulé à compter de la prise d'effet du contrat, d'une augmentation des garanties ou d'une remise en vigueur, la compagnie ne peut plus invoquer les sanctions du chef d'omissions ou d'inexactitudes non intentionnelles dans les déclarations du preneur d'assurance ou de l'assuré, lorsque ces omissions ou inexactitudes se rapportent à une maladie ou une affection dont les symptômes s'étaient déjà manifestés au moment de la conclusion du contrat, de cette augmentation des garanties ou de cette remise en vigueur et que cette maladie ou affection n'a pas été diagnostiquée avant l'expiration de ce même délai de deux ans.

Article 6

QUAND LE CONTRAT PREND-IL EFFET ET POUR QUELLE DUREE ?

Le contrat prend effet à la date mentionnée dans les conditions particulières, mais au plus tôt à partir du jour où la première prime est payée.

Sauf s'il a été résilié antérieurement, le contrat prend fin à la date à laquelle l'assuré atteint l'âge de 65 ans ou un âge antérieur, si cet âge est l'âge normal auquel l'assuré met complètement et définitivement fin à son activité professionnelle. Cette date est fixée aux conditions particulières.

Article 7

QUELS SONT LES RISQUES NON COUVERTS ?

A. L'assurance ne couvre pas l'invalidité consécutive à une maladie ou à un accident :

- a) résultant d'une tentative de suicide de l'assuré ou du fait intentionnel de l'assuré, du preneur d'assurance ou du bénéficiaire. Par fait intentionnel, on entend le fait commis volontairement et sciemment qui cause un dommage raisonnablement prévisible, à l'exception des cas de légitime défense ou de sauvetage justifiés de personne ou de biens ;
- b) résultant de guerre entre Etats ou faits de même nature ou de guerre civile.

Toutefois, lorsque l'invalidité résulte d'une guerre qui a éclaté pendant le séjour de l'assuré à l'étranger, les prestations assurées sont acquises si le bénéficiaire prouve que l'assuré n'a pris aucune part active aux hostilités.

Par ailleurs, à la demande préalable du preneur d'assurance et moyennant une mention expresse dans les conditions particulières, la compagnie pourrait accorder la couverture lorsque l'assuré se rend dans un pays en état de guerre, pour autant qu'il ne participe pas activement aux hostilités ;

- c) survenant au cours d'émeutes, de troubles civils, de tous actes de violence collective d'inspiration politique, idéologique ou sociale, accompagnés ou non de rébellion contre l'autorité, d'actes terroristes, à moins que le bénéficiaire ne prouve que l'assuré ne prenait pas une part active à ces événements ;
- d) résultant d'actes téméraires, de paris, défis quelconques auxquels l'assuré aurait participé ;
- e) résultant du fait que l'assuré se soit trouvé, soit sous l'influence d'un stupéfiant, d'un hallucinogène ou d'une autre drogue, soit en état d'ivresse ou en état d'intoxication alcoolique d'un taux supérieur à 1,5 g/l de sang ;
- f) résultant d'affections allergiques, à l'exception de celles présentant des symptômes objectifs qui permettent un diagnostic précis ;
- g) dont une des composantes est l'alcoolisme ou résultant directement ou indirectement de toxicomanie y compris l'alcoolisme ou de l'usage abusif de médicaments ;
- h) résultant d'un traitement esthétique, à moins qu'il ne s'agisse de chirurgie réparatrice à la suite d'un accident ou d'un cancer ;
- i) résultant de stérilisation, d'insémination artificielle, de fécondation in vitro.

B. L'assurance ne s'applique pas, sauf convention expresse, lorsque l'invalidité est provoquée par un accident ou une maladie résultant :

- a) de l'exercice des professions et d'activités professionnelles à risques :

- marin (pétrolier, bateau de sauvetage, sous-marin), policier de brigade anti-gang ou anti-drogue, pompier, personnel armé de surveillance;
 - activités professionnelles comportant :
 - la fabrication, la transformation ou la manipulation de substances chimiques ou biologiques;
 - la fabrication, l'usage ou la manipulation de pièces d'artifices ou d'engins et produits explosifs;
 - le transport de matières inflammables ou explosives;
 - la construction, l'entretien ou la démolition d'immeubles ou de structures de grande hauteur ;
 - un risque de chute d'une hauteur de plus de 4 mètres, la descente dans des puits, mines ou carrières ;
- b) de l'exercice d'activités sportives à risques :
- la présence de l'assuré à bord d'un véhicule quelconque participant ou se préparant à une épreuve sportive (course, match, etc.);
 - la pratique, en tant que professionnel ou amateur rémunéré, d'un sport quelconque;
 - la pratique, en compétition ou hors piste, du ski sur neige;
 - la pratique d'un sport dangereux tel que : alpinisme en dehors de l'Europe, escalade de falaises ou de murs artificiels sans pitons de sécurité, benjy, delta-plane, équitation en compétition y compris la préparation, parachutisme à ouverture retardée, parachutisme ascensionnel, parapente, plongée sous-marine avec appareil respiratoire autonome au-delà de 40 m, spéléologie (en dehors d'une activité occasionnelle, sans utilisation de scaphandre autonome, dans des grottes ou gouffres déjà explorés), ULM, vol à voile, voile ou yachting de longue traversée, sports de combats et arts martiaux en compétition, motonautisme en compétition (inshore ou offshore);
- c) du pilotage d'un avion ou d'un hélicoptère;

Article 8

QUELLES SONT LES OBLIGATIONS DU PRENEUR D'ASSURANCE EN COURS DE CONTRAT ?

A. Paiement des primes

La prime, majorée des taxes et contributions, est payable par anticipation aux échéances, sur demande de la compagnie adressée au preneur d'assurance.

En cas de défaut de paiement de la prime à l'échéance, la compagnie peut résilier le contrat à condition que le preneur d'assurance ait été mis en demeure, soit par exploit d'huissier, soit par lettre recommandée à la poste.

La résiliation prend effet à l'expiration d'un délai de trente jours à compter du lendemain de la signification ou du dépôt de la lettre recommandée à la poste.

B. Déclarations

- a) Tout changement dans les activités professionnelles de l'assuré, en ce compris la cessation de ces activités, et tout déplacement de sa résidence habituelle vers l'étranger doivent être déclarés à la compagnie, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de leur survenance.

La prime, le délai de carence et les conditions d'assurances sont adaptées en conséquence, conformément aux dispositions légales, et ce à partir du jour de la survenance du changement.

Si le preneur d'assurance refuse l'adaptation ou s'il ne l'a pas acceptée dans le mois de la réception de l'avis d'adaptation, la compagnie peut résilier le contrat suivant les dispositions de la loi.

- b) Le preneur d'assurance doit informer la compagnie de toute modification des revenus annuels professionnels bruts de l'assuré, par écrit, dès que possible et en tout cas dans les trente jours de sa survenance. La compagnie procède alors à l'adaptation de la rente assurée, conformément aux dispositions légales, et rembourse, le cas échéant, l'excédent de prime perçue pour l'année en cours au preneur d'assurance.

Toute augmentation de la rente assurée est sujette à acceptation préalable de la compagnie.

- c) Le preneur d'assurance doit informer la compagnie de tout changement du statut de l'assuré dans le système de sécurité sociale, par écrit, dans les trente jours de sa survenance.

La compagnie procède alors à l'adaptation de la prime, du délai de carence et des conditions d'assurance, conformément aux dispositions légales.

Si le preneur d'assurance refuse cette adaptation ou s'il ne l'a pas acceptée dans le mois de la réception de l'avis d'adaptation, la compagnie peut résilier le contrat suivant les dispositions de la loi.

Si un sinistre survient et que le preneur d'assurance n'a pas rempli l'obligation de déclaration visée aux a) et c), la compagnie n'est tenue d'effectuer sa prestation que selon le rapport entre la prime payée et la prime que le preneur d'assurance aurait dû payer si la survenance du changement avait été prise en considération, lorsque le défaut de déclaration peut être reproché au preneur d'assurance.

Article 9

A QUELLES CONDITIONS LE CONTRAT PEUT-IL ETRE REMIS EN VIGUEUR ?

Le preneur d'assurance a la faculté de remettre le contrat en vigueur dans les 3 mois à compter de la date à laquelle il a résilié le contrat, moyennant règlement de toutes les primes en souffrance.

Toute remise en vigueur est subordonnée à l'acceptation d'une nouvelle proposition d'assurance, ainsi qu'au résultat favorable d'un examen médical de l'assuré, les frais de cet examen incombant au preneur d'assurance.

Article 10

EN CAS DE SINISTRE, QUE SE PASSE-T-IL ?

A. Déclaration

Tout accident ou maladie ayant entraîné ou susceptible d'entraîner l'invalidité de l'assuré doit être déclaré à la compagnie, par lettre, sur un formulaire émanant de celle-ci, dans le délai d'un mois à dater de la survenance de l'accident ou de la maladie, sous peine de sanction.

Toutefois, la compagnie ne se prévaut pas du non-respect de ce délai si la déclaration a été faite aussi rapidement que cela pouvait raisonnablement se faire ou que la déclaration tardive n'a pas d'impact sur l'appréciation du sinistre et que la compagnie ne subit de ce fait aucun préjudice.

A cette déclaration sera joint un document officiel permettant de constater la date de naissance de l'assuré, ainsi qu'un certificat du ou des médecins traitants de l'assuré, rédigé sur formulaire délivré par la compagnie, spécifiant la date de survenance, les causes, la nature, le degré et la durée présumée de l'invalidité. Le preneur d'assurance transmettra également à la compagnie copie de la dernière déclaration fiscale de l'assuré ou tout autre document pouvant attester du niveau des revenus professionnels bruts de l'assuré relatif à la dernière année civile précédant la date du sinistre. L'assuré recevra les délégués de la compagnie et fournira sans retard tous les renseignements que la compagnie jugera nécessaires pour déterminer les circonstances et fixer l'étendue du sinistre.

B. Obligations de l'assuré

Les mesures nécessaires doivent être prises pour que les délégués de la compagnie puissent rencontrer l'assuré et que les médecins de la compagnie puissent examiner celui-ci en tout temps et en tout lieu. Ils doivent être à même de remplir toutes les missions que la compagnie jugera nécessaire, dans un délai de trente jours à dater de la notification que la compagnie aura faite. La compagnie pourra demander que le contrôle médical ait lieu en Belgique.

Tout manquement à ces obligations pourra être sanctionné suivant les dispositions de la loi.

C. Fixation de l'invalidité et expertise médicale

Le degré d'invalidité est fixé conformément à l'article 2 des conditions générales.

La décision de la compagnie est considérée comme acceptée si le preneur d'assurance ne signifie pas à la compagnie son désaccord, par écrit, dans le mois suivant la notification.

A défaut d'entente entre les parties à ce sujet ou sur un autre sujet médical, la question est soumise contradictoirement à deux médecins experts nommés et dûment mandatés, l'un par le preneur d'assurance, l'autre par la compagnie.

Faute d'arriver à un accord, les médecins experts choisissent un troisième médecin expert. Les trois médecins experts statuent en commun, mais à défaut de majorité, l'avis du troisième est prépondérant. Les médecins experts sont dispensés de toutes formalités.

Si l'une des parties ne nomme pas son médecin expert ou si les deux médecins experts ne s'entendent pas sur le choix du troisième, la désignation en est faite par le Président du Tribunal de Première Instance du domicile de l'assuré, à la requête de la partie la plus diligente.

Chacune des parties supporte les frais et honoraires de son médecin expert. Les frais et honoraires du troisième sont partagés par moitié.

D. Changement du degré de l'invalidité

- a) Toute aggravation du degré de l'invalidité doit être déclarée à la compagnie suivant les modalités précisées au A. ci-dessus.
- b) Toute atténuation du degré de l'invalidité et la cessation de l'invalidité doivent être déclarées à la compagnie, par lettre recommandée, dans un délai d'un mois.

Les prestations sont réduites en conséquence à dater du jour de la diminution du taux d'invalidité, le trop perçu étant remboursé à la compagnie.

Toutes les dispositions prévues aux points A., B. et C. ci-dessus sont applicables à ces cas.

Article 11

LES PRIMES ET CONDITIONS D'ASSURANCE PEUVENT-ELLES ETRE MODIFIEES ?

La compagnie se réserve le droit d'adapter le montant de la prime et/ou les conditions de couverture, conformément aux dispositions légales, lorsqu'une modification durable du coût réel des prestations garanties et/ou des circonstances, y compris des modifications légales ou réglementaires, ont une influence significative sur le coût ou l'étendue des prestations garanties.

Article 12

A. Charges fiscales

Tous frais, impôts, taxes ou droits quelconques, présents ou futurs, applicables à la police ainsi qu'à toutes sommes dues de part ou d'autre, en vertu de l'assurance, sont à charge du preneur d'assurance ou à celle du bénéficiaire.

B. Etendue territoriale

Les garanties de la présente assurance sont acquises dans le monde entier.

Toutefois, les garanties ne sont acquises que moyennant l'accord de la compagnie lorsque l'assuré n'a pas sa résidence habituelle en Belgique ou lorsqu'il séjourne plus de six mois par an à l'étranger.

C. Domiciliation

Le domicile des parties est élu de droit : celui de la compagnie à son siège social, celui du preneur d'assurance à la dernière adresse dont la compagnie a connaissance.

En cas de changement de domicile du preneur d'assurance, celui-ci s'engage à en aviser la compagnie par écrit, faute de quoi toute notification sera valablement faite au dernier domicile officiellement connu de la compagnie.

Toute lettre recommandée que la compagnie envoie constitue une mise en demeure suffisante. Les dossiers ou documents de la compagnie justifient du contenu de la lettre; le récépissé de la poste justifie de l'envoi.

D. Dispositions diverses

- a) S'il est constaté que la date de naissance de l'assuré déclarée lors de la souscription du contrat n'est pas la date de naissance réelle, la rente sera réduite ou augmentée, dans la proportion de la prime stipulée au contrat à la prime correspondant à l'âge résultant de la date de naissance réelle, sans toutefois dépasser les limites définies à l'article 4.
- b) Le contrat est régi par la loi belge.
- c) Le conseiller est un spécialiste qui peut aider le preneur d'assurance. Son rôle est de l'informer à propos de son contrat et des prestations qui en découlent et d'effectuer pour lui toutes les démarches vis-à-vis de la compagnie.
Il intervient également aux côtés du preneur d'assurance si un problème devait surgir entre lui et la compagnie. Si le preneur d'assurance estime ne pas avoir obtenu, de cette façon, la solution adéquate, il peut s'adresser au Service Ombudsman Assurances, Square de Meeûs, 35 à 1000 Bruxelles (Fax : 02 547 59 75, e-mail : info@ombudsman.as).

Le preneur d'assurance a toujours la possibilité de demander l'intervention du juge.

D'éventuelles contestations sont de la compétence exclusive des tribunaux belges.